

WIdOmonitor

Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

Ausgabe 1/2007

Warten auf den Arzttermin Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten

Von Klaus Zok

Abstract

Gesetzlich Versicherte sind beim Zugang zu niedergelassenen Ärzten gegenüber Privatversicherten benachteiligt. Die Analyse der Befragungsdaten von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und privat Versicherten (PKV) ergibt deutliche Unterschiede nicht nur bei der Morbidität und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen beiden Gruppen, sondern auch bei den Wartezeiten auf einen Behandlungstermin. Trotz akuter Beschwerden musste jeder vierte gesetzlich Versicherte (25,3 Prozent) mindestens zwei Wochen auf einen Termin beim Arzt warten. Bei privat Versicherten mit akuten Beschwerden traf dies nur für 7,8 Prozent der Patienten zu. Längere Wartezeiten werden auch subjektiv von den Patienten als Problem benannt: Ein Drittel der GKV-Patienten (33,5 Prozent) empfand die Wartezeit auf den letzten Arzttermin als zu lang, während die Unzufriedenheit bei den betroffenen Privatpatienten deutlich geringer war (14,7 Prozent). ■

When seeking access to office-based physicians, patients insured with Statutory Health Insurance (SHI) are disadvantaged compared to privately insured patients. The analysis of a survey among SHI insurees and privately insured persons reveals that there are significant differences between both groups concerning not only morbidity and demand of health care services, but also waiting times for an appointment with the physician. Despite acute complaints, every fourth SHI insuree (25.3 percent) had to wait at least two weeks for an appointment. With privately insured persons suffering from acute complaints, however, this applied to only 7.8 percent of the patients. Respondents also subjectively perceive longer waiting times as a problem: A third of the SHI patients (33.5 percent) felt that the waiting time for their last appointment was too long, while the discontent of privately insured patients in this regard was clearly smaller (14.7 percent). ■

KOMMENTAR

Gesundheitschancen sind sozial ungleich verteilt, und die Ungleichheit nimmt zu. Bislang wird diese auch im Jahresgutachten



2005 des Sachverständigenrates dokumentierte Feststellung noch ganz überwiegend auf die Chancen gesund zu bleiben bezogen und mit Forderungen an Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitiker sowie nach mehr und besserer Primärprävention beantwortet. Es mehren sich jedoch die Befunde, dass die Ungleichheit zunehmend auch in der Krankenversorgung Platz greift. Unterschiedliche Wartezeiten auf ärztliche Hilfe bei akuten Beschwerden sind dabei ein beunruhigender Indikator. Denn sie sind nicht nur per se mit vermeidbarem Leid und demütigenden Erfahrungen verbunden, sondern sie werfen auch die Frage auf, ob in Deutschland immer noch der zivilisatorisch wichtige Anspruch gilt, nach dem jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem Anspruch auf eine vollständige und hochwertige Krankenversorgung hat. Wenn der Arzt je nach Versichertenstatus für die gleiche Leistung ein bis zu doppelt so hohes Honorar erhält, geht die ärztliche Ethik oftmals in die Knie – zum Schaden für das Gemeinwohl.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

1 Das Thema

Analysen zur vertragsärztlichen Versorgungssituation zeigen, dass Deutschland im Hinblick auf die Arztdichte im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz einnimmt (Klose und Uhlemann 2006). Auf der anderen Seite zeigt die aktuelle öffentliche Diskussion, dass es bei der Terminvergabe beim Arzt offensichtlich Unterschiede gibt: Während einige Patienten Wochen auf einen Termin warten müssen, bekommen andere sofort einen Behandlungstermin.

Erst vor kurzem hatte das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) Analysen zum segmentierten Krankenversicherungsmarkt vorgelegt (Jacobs et al. 2006), die zeigen, dass der „Systemwettbewerb“ zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) weder „fair“ ist, noch in irgendeiner Weise zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung beiträgt. Die aktuelle Auswertung zu Wartezeiten in der ambulanten Versorgung fügt der Analyse der Wettbewerbsverzerrungen zwischen GKV und PKV eine weitere Facette hinzu.

Patientenbefragungen geben Aufschluss darüber, ob Unterschiede beim Zugang zur ärztlichen Versorgung bestehen.

Mit Hilfe von expliziten Fragen nach den Wartezeiten auf einen dringenden Behandlungstermin beim Arzt im Rahmen von Versichertenbeziehungsweise Patientenbefragungen, ist es möglich, zuverlässige Antworten darauf zu bekommen, in welchem Ausmaß für verschiedene Versichertengruppen Unterschiede beim Zugang zur ärztlichen Versorgung bestehen. Ferner wird in diesen Befragungen deutlich, wie die Wartezeiten auf eine ärztliche Behandlung von den Versicherten bewertet werden. Sie haben – neben Dimensionen wie Patientenzufriedenheit, Akzeptanz und Erfahrungen – eine Indikatorfunktion für Unterschiede beim Versorgungsniveau.

Im Folgenden werden die Angaben von gesetzlich Versicherten den Aussagen von Privatversicherten gegenübergestellt. Im Fokus stehen insbesondere Wartezeiten für Arzttermine bei einem „akuten“ Versorgungsbedarf: Unterschiede bei den Zugangschancen der beiden Gruppen lassen sich am besten dokumentieren, wenn jeweils dringende Beschwerden vorliegen.

2 Die Umfrageergebnisse

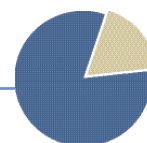
2.1 Angaben der Versicherten zu Morbidität und Inanspruchnahmeverhalten

Zunächst werden die Angaben der gesetzlich und privat Versicherten zu Morbidität und Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen vorgestellt. Die Daten zur Morbidität der Befragten beider Versicherungssysteme beziehen sich auf Aussagen zur Einschätzung der eigenen Gesundheit. Diese haben sich in nationalen wie internationalen Studien als guter Prädiktor der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erwiesen (Robert Koch-Institut 2005, S. 32 f.).

Tabelle 1 weist zum einen den Anteil derjenigen aus, die auf einer fünfstufigen Skala ihre eigene Gesundheit insgesamt als „deutlich schlechter als andere Personen meines Alters“ beurteilt haben. Die altersgruppenspezifische Differenzierung zwischen den Versicherten beider Systeme ergibt deutliche Unterschiede in der Gesundheitsbeurteilung bis zu einem Alter von unter 60 Jahren: Gesetzlich Versicherte schätzen ihre eigene Gesundheit im Vergleich mit anderen

Tabelle 1					
Anteil der Versicherten mit subjektiv schlechter Gesundheit – nach Versicherungsart und Alter					
GKV [N = 1.988]	Altersgruppen [Jahre]				
	<30	30–39	40–49	50–59	≥60
ich fühle mich insg. deutlich schlechter als andere in meinem Alter	2,0%	4,9%	5,0%	6,4%	4,6%
ich war im 1. Quartal 2006 schwer erkrankt	4,7%	6,3%	6,5%	9,9%	10,9%
PKV [N = 1.000]	Altersgruppen [Jahre]				
	<30	30–39	40–49	50–59	≥60
ich fühle mich insg. deutlich schlechter als andere in meinem Alter	0,9%	0,7%	2,6%	0,9%	4,0%
ich war im 1. Quartal 2006 schwer erkrankt	0,9%	0,7%	4,6%	4,5%	11,3%

Gesetzlich Versicherte beurteilen ihre eigene Gesundheit deutlich öfter als schlecht, als dies privat Versicherte tun.
Quelle: WidO-monitor 2006



Personen ihres Alters deutlich öfter als schlecht ein als privat Versicherte.

Basierend auf der Selbsteinschätzung der Versicherten ergab die Befragung für den WIdO-monitor zudem Aussagen über das Vorkommen von Erkrankungen im 1. Quartal 2006, also unmittelbar vor dem Befragungszeitraum (die Umfrage fand im Mai/Juni 2006 statt). Hier zeigt sich, dass der Anteil der schwer Erkrankten in diesem Zeitraum in der GKV-Stichprobe in allen Altersgruppen (bis 60 Jahre) immer höher ist als bei Privatversicherten. Der Anteil der Versicherten mit Versorgungsbedarf dürfte somit bei GKV-Versicherten (fast immer) deutlich höher sein als bei Privatversicherten.

Der Anteil der Versicherten, die nach eigener Angabe unter einer chronischen Erkrankung leiden, die einer regelmäßigen oder wiederkehrenden ärztlichen Behandlung bedarf, beträgt in der GKV-Stichprobe 43,9 Prozent, in der PKV-Stichprobe 36,4 Prozent (Tabelle 2). Die Anteile der chronisch Kranken nehmen grundsätzlich tendenziell mit dem Alter zu und sind bei GKV-Versicherten über alle Altersgruppen hinweg durchgängig größer als bei den PKV-Versicherten.

Auch beim Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten sind durchgängig Unterschiede zwischen beiden Stichproben zu erkennen (Tabelle 3).

Fast jeder zweite GKV-Versicherte (47,1 Prozent) gibt an, regelmäßig Medikamente einzunehmen. Bei den PKV-Versicherten liegt dieser Anteil bei etwas mehr als zwei Fünfteln (41,7 Prozent). Die regelmäßige Einnahme von Medikamenten zeigt einen deutlichen Alterseffekt. Sie nimmt mit den Jahren in beiden Teilgruppen drastisch zu. Bei den über 60-Jährigen geben rund drei Viertel der gesetzlich Versicherten (74,3 Prozent) an, regelmäßig Arzneimittel einzunehmen, bei privat Versicherten sind dies mehr als zwei Drittel (69,3 Prozent).

Der prozentuale Anteil der Krankenhauspatienten liegt bei GKV-Versicherten – über die verschiedenen Altersgruppen gesehen – ebenfalls durchgängig höher als bei Privatversicherten. Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben nimmt aber mit zunehmendem Alter ab. Bei den über 60-Jährigen ist sowohl rund jeder Fünfte gesetzlich als auch privat Versicherte

Tabelle 2

Anteil der Versicherten mit chronischen Erkrankungen – nach Versicherungsart und Alter

„Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung, d.h. einer Erkrankung, die regelmäßiger oder wiederkehrender ärztlicher Behandlung bedarf?“

GKV [N = 1.995]	Altersgruppen [Jahre]					
	<30	30–39	40–49	50–59	≥60	
ja [%]	43,9	30,7	35,4	34,3	49,1	58,9

PKV [N = 1.000]	Altersgruppen [Jahre]					
	<30	30–39	40–49	50–59	≥60	
ja [%]	36,4	29,3	21,1	29,2	37,4	49,7

Unter den gesetzlich Versicherten gibt es über alle Altersgruppen hinweg mehr chronisch Kranke als bei privat Versicherten. Quelle: WIdO-monitor 2006

in den zwölf Monaten vor dem Befragungszeitpunkt im Krankenhaus gewesen. Auch verbrachten in den vergangenen zwölf Monaten gesetzlich Versicherte – bis zu einem Alter von unter 60 Jahren – durchschnittlich mehr Nächte im Krankenhaus als Privatversicherte.

Die Umfragedaten zeigen ferner, dass die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte (ohne Zahnarzt) bei gesetzlich Versicherten – in den

Die Angaben zum Gesundheitszustand von gesetzlich und privat Versicherten dokumentieren einen unterschiedlichen Versorgungsbedarf.

Tabelle 3

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Versicherungsart in Prozent

insg.	Altersgruppen [Jahre]					
	<30	30–39	40–49	50–59	≥60	
Anteil der Befragten mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme						
GKV	47,1	22,7	30,0	33,4	53,8	74,3
PKV	41,7	27,6	10,2	29,4	40,8	69,3
Anteil der Krankenhaus-Patienten						
GKV	15,9	15,7	14,9	11,7	14,3	20,4
PKV	13,1	8,6	9,5	8,8	12,6	19,6
durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte						
GKV	2,2	1,6	1,7	1,9	2,3	3,1
PKV	2,1	0,6	0,4	0,7	1,9	4,3
durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche in den letzten 12 Monaten						
GKV	6,2	5,2	6,1	5,1	6,7	7,2
PKV	5,1	5,0	3,7	6,1	4,2	5,8

Unter den gesetzlich Versicherten, ist der Anteil derjenigen, die regelmäßig Medikamente einnehmen höher als bei den privat Versicherten. Quelle: WIdO-monitor 2006

letzten zwölf Monaten – ebenfalls höher war als bei Privatversicherten. GKV-Versicherte gingen im Schnitt 6,2-mal zum Arzt, Privatversicherte 5,1-mal. In den einzelnen Altersgruppen fallen die Unterschiede noch deutlicher aus. So liegt der Durchschnittswert in der Gruppe der 30- bis 39-jährigen GKV-Versicherten bei 6,1-mal, bei Angehörigen der PKV lediglich bei 3,7-mal.

2.2 Wartezeiten für eine ärztliche Behandlung

Trotz akuter Beschwerden warten gesetzlich Krankenversicherte deutlich länger auf ihren Arzttermin als Privatversicherte.

Bei der Auswertung der Frage nach den Wartezeiten für einen Arzttermin wurden nur die Aussagen der Patienten berücksichtigt, die angegeben haben, aufgrund „akuter Beschwerden“ einen Arzt zu benötigen. Dadurch blieben bei dieser Analyse alle Zeitangaben über Arztbesuche außen vor, die von den Versicherten selbst als nicht dringend eingestuft und deshalb absichtlich für einen späteren Zeitpunkt geplant wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass PKV-Versicherte durchgängig weniger lange auf einen Arzttermin warten mussten als die Versicherten gesetzlicher Krankenkassen (Tabelle 4). Bei akuten Beschwerden bekam ein Viertel der GKV-Patienten sofort einen Termin (23,4 Prozent), bei privat Versicherten liegt die entsprechende Quote deutlich höher (31,6 Prozent). Ein Viertel der gesetzlich Versicherten musste – trotz Beschwer-

den – mehr als zwei Wochen auf einen Termin warten (25,3 Prozent). Bei PKV-Patienten ist der Anteil dagegen sehr gering (7,8 Prozent).

Eine im Sommer 2006 im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) durchgeführte Umfrage – unter anderem zum selben Thema – ergab dagegen deutlich weniger Wartezeiten für GKV-Versicherte (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Forschungsgruppe Wahlen 2006). Danach bekamen 45,5 Prozent der Versicherten sofort einen Behandlungstermin, lediglich 2,9 Prozent der Befragten mussten länger als drei Wochen warten.

Die Abweichung zu den in der WidO-Umfrage ermittelten Zahlen hat vor allem zwei methodische Gründe. Erstens war die Fragestellung der KBV-Umfrage einschränkend formuliert: Die Befragten wurden gebeten, bei der Antwort „nur die Arztpraxis zu berücksichtigen, die Sie in den letzten zwölf Monaten am häufigsten aufgesucht haben“. Durch diesen einschränkenden Fokus blieben die Wartezeiten für eine kürzlich erfolgte Facharztkonsultation unberücksichtigt. Zweitens wurden die Versicherten hier nicht fokussierend nach dem Vorliegen von akuten Beschwerden gefragt. Damit wurden bei der KBV-Analyse durchweg alle Wartezeitangaben berücksichtigt. Das bedeutet, dass die KBV-Zahlen sowohl Angaben mit dringendem Versorgungsbedarf enthalten als auch Fälle, die gewollt „auf Zeit“ geplant beziehungsweise organisiert worden sind. Doch selbst hier werden Unterschiede zwischen den beiden Versicherungsarten deutlich: Jeder zweite Privatpatient (53,7 Prozent) bekam sofort einen Termin, bei den Kassenpatienten waren es 43,9 Prozent.

In der WidO-monitor-Befragung verdeutlicht die Auswertung der Wartezeiten nach einzelnen Arztgruppen, dass Privatversicherte beim Zugang zu niedergelassenen Ärzten privilegiert sind (Tabelle 5). So zeigen die Angaben zur Wartezeit bei Allgemeinärzten beziehungsweise Internisten, dass nahezu jeder zweite PKV-Versicherte mit akuten Beschwerden (49,1 Prozent) umgehend oder nach einem Tag einen Termin bekam. Bei GKV-Versicherten waren dies nur 37,7 Prozent; 5,6 Prozent von ihnen beklagten gar, dass sie auf vier Wochen Wartezeit vertröstet wurden.

Die Unterschiede beim Arztzugang werden

Tabelle 4					
Wartezeit für einen Termin beim letzten Arztbesuch – bei einem niedergelassenen Arzt (ohne Zahnarzt)*					
„Wie lange mussten Sie auf diesen Termin warten?“					
GKV	[N]	778	PKV	[N]	407
	sofort	23,4%		sofort	31,6%
	1 Tag	8,5%		1 Tag	13,5%
	2 bis 7 Tage	27,7%		2 bis 7 Tage	34,1%
	8 bis 14 Tage	15,0%		8 bis 14 Tage	13,0%
	2 bis 4 Wochen	11,7%		2 bis 4 Wochen	4,9%
	mehr als 4 Wo.	13,6%		mehr als 4 Wo.	2,9%

* Patienten mit akuten Beschwerden

Privatversicherte müssen weniger lang auf einen Arzttermin warten als gesetzlich Versicherte. Quelle: WidO-monitor 2006

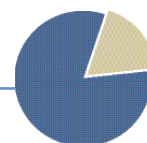


Tabelle 5

Wartezeit für einen Termin beim letzten Arztbesuch – bei einem niedergelassenen Allgemeinarzt beziehungsweise Internisten und Orthopäden*
„Wie lange mussten Sie auf diesen Termin warten?“

GKV	[N]	niedergelassener Allgemeinarzt beziehungsweise Internist	niedergelassener Orthopäde	PKV	[N]	niedergelassener Allgemeinarzt beziehungsweise Internist	niedergelassener Orthopäde
		106	262			55	118
	sofort	24,5%	18,7%		sofort	29,1%	33,1%
	1 Tag	13,2%	7,5%		1 Tag	20,0%	10,2%
	2 bis 7 Tage	34,9%	27,8%		2 bis 7 Tage	32,7%	36,4%
	8 bis 14 Tage	13,2%	15,7%		8 bis 14 Tage	16,3%	14,4%
	2 bis 4 Wochen	8,5%	13,0%		2 bis 4 Wochen	1,8%	3,3%
	mehr als 4 Wo.	5,6%	17,3%		mehr als 4 Wo.	–	2,4%

* Patienten mit akuten Beschwerden

17,3 Prozent der gesetzlich Versicherten mussten trotz akuter Beschwerden länger als vier Wochen auf einen Termin beim Orthopäden warten; bei den privat Versicherten waren nur 2,4 Prozent.

Quelle: WldO-monitor 2006

nochmals besonders bei der notwendigen Inanspruchnahme von Orthopäden deutlich. Während hier 43,3 Prozent der Privatpatienten mit akuten Beschwerden sofort oder am nächsten Tag einen Termin bekamen, waren dies bei Kassenpatienten nur 26,2 Prozent. Von ihnen mussten 17,3 Prozent – trotz der Angabe von Beschwerden – sogar länger als vier Wochen warten, bei PKV-Patienten waren es dagegen nur 2,4 Prozent.

Die Analyse der Wartezeiten ergibt im Weiteren, dass ältere Patienten tendenziell häufiger die Erfahrung machen, auf einen Termin beim Arzt warten zu müssen als jüngere (Tabelle 6). Und wieder gibt es auch hier deutliche Unterschiede zwischen GKV und PKV: Ältere gesetzlich Versicherte mit akuten Beschwerden müssen in einem deutlich höheren Maße längere Wartezeiten akzeptieren als Patienten gleichen Alters, die privat krankenversichert sind. Jeder siebte GKV-Patient (13,2 Prozent) hat gar mehr als vier Wochen Wartezeit in Kauf nehmen müssen, bei den Privatversicherten sind es lediglich 1,4 Prozent.

Die Strukturdaten über die Arztdichte in Deutschland zeigen auf der Angebotsseite eine Zunahme der Arztpraxen in Ballungsräumen. Bei der regionalen Betrachtung der Umfrageergebnisse werden unterschiedliche Wartezeiten für Arzttermine zwischen Stadt und Land deutlich: Mit wachsender Ortsgröße nehmen die Wartezeiten für die Patienten ab, was auf die höhere Angebotsdichte in Ballungsgebieten

zurückzuführen sein dürfte (siehe hierzu auch: Güther und Potthof 2003). Je größer der Ort, desto größer ist auch der Anteil der Patienten, die – beim Vorliegen akuter Beschwerden – keine oder nur geringe Wartezeiten in Kauf nehmen müssen (Tabelle 7).

Privat Versicherte profitieren aber von diesem

Mit zunehmender Ortsgröße nehmen die Wartezeiten auf einen Behandlungstermin generell ab.

Tabelle 6

Wartezeit für einen Termin beim letzten Arztbesuch – bei einem niedergelassenen Arzt (ohne Zahnarzt) – nach Alter*
„Wie lange mussten Sie auf diesen Termin warten?“

GKV	[N]	Altersgruppen [Jahre]				
		<30	30–39	40–49	50–59	≥60
	sofort [%]	40,0	23,1	27,0	21,1	17,3
	1 Tag [%]	14,4	6,1	11,3	7,8	6,6
	2 bis 7 Tage [%]	20,0	32,0	27,0	25,8	29,4
	8 bis 14 Tage [%]	6,7	13,0	13,5	14,1	20,2
	2 bis 4 Wo. [%]	5,5	12,9	9,2	14,1	13,2
	mehr als 4 Wo. [%]	13,3	12,9	12,1	17,2	13,2

PKV	[N]	Altersgruppen [Jahre]				
		<30	30–39	40–49	50–59	≥60
	sofort [%]	37,2	37,9	40,5	21,3	29,0
	1 Tag [%]	14,0	17,2	11,4	20,2	8,7
	2 bis 7 Tage [%]	34,9	27,6	34,2	37,1	34,8
	8 bis 14 Tage [%]	7,0	8,6	7,6	13,5	18,8
	2 bis 4 Wo. [%]	–	7,0	2,6	4,6	7,2
	mehr als 4 Wo. [%]	7,0	1,7	3,8	3,3	1,4

* Patienten mit akuten Beschwerden

Ältere Patienten müssen länger auf einen Termin warten als jüngere.

Quelle: WldO-monitor 2006

Tabelle 7

Wartezeit für einen Termin beim letzten Arztbesuch – bei einem niedergelassenen Arzt (ohne Zahnarzt) – nach Ortsgrößen*

„Wie lange mussten Sie auf diesen Termin warten?“

		Ortsgrößen nach Einwohnern				
		<5.000	5.000 – <20.000	20.000 – <100.000	100.000 – <500.000	≥500.000
GKV	[N]	121	192	196	125	144
	sofort [%]	19,8	24,4	19,8	29,6	25,7
	1 Tag [%]	5,7	8,8	10,7	7,2	8,3
	2 bis 7 Tage [%]	25,6	25,5	28,1	32,0	28,4
	8 bis 14 Tage [%]	16,6	13,8	16,3	12,0	16,6
	2 bis 4 Wochen [%]	14,8	14,0	9,7	9,6	10,4
	mehr als 4 Wochen [%]	17,4	13,5	16,3	9,6	10,4
		Ortsgrößen nach Einwohnern				
		<5.000	5.000 – <20.000	20.000 – <100.000	100.000 – <500.000	≥500.000
PKV	[N]	50	93	101	83	80
	sofort [%]	20,0	30,1	29,9	34,9	40,0
	1 Tag [%]	14,0	9,6	17,8	13,3	12,5
	2 bis 7 Tage [%]	42,0	38,7	32,6	28,8	31,2
	8 bis 14 Tage [%]	16,0	12,9	13,8	8,4	13,7
	2 bis 4 Wochen [%]	8,0	4,3	5,9	9,6	2,5
	mehr als 4 Wochen [%]	–	4,3	–	4,8	–

* Patienten mit akuten Beschwerden

Die Arztdichte nimmt mit wachsender Ortsgröße zu. Daher ist ein Arzttermin in größeren Städten schneller zu bekommen. Davon profitieren Privatversicherte mehr als gesetzlich Versicherte.

Quelle: WidO-monitor 2006

Auch im subjektiven Empfinden der Versicherten stellen längere Wartezeiten ein Problem dar.

Struktureffekt deutlich mehr als Kassenpatienten: So nimmt der Prozentsatz der Privatpatienten, die bei akuten Beschwerden sofort beziehungsweise am nächsten Tag einen Termin bekommen haben, mit wachsender Bevölkerungsdichte der Region (und höherer Facharztdichte) deutlicher zu (von 34,0 Prozent auf 52,5 Prozent) als bei gesetzlich Versicherten (von 25,5 Prozent auf 34,0 Prozent). Auch in Großstädten

(ab 500.000 Einwohnern) müssen immerhin ein Fünftel der GKV-Versicherten (20,8 Prozent) trotz Beschwerden länger als zwei Wochen warten – bei Privaten sind es nur 2,5 Prozent.

Längere Wartezeiten werden auch von den betroffenen Patienten selbst als Problem benannt (Tabelle 8). Dabei fallen die Bewertungen der GKV-Patienten deutlich kritischer aus als die der Privatversicherten: Jeder dritte gesetzlich Ver-

Tabelle 8

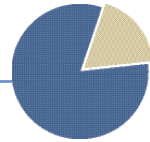
Subjektive Bewertung der Wartezeit bei Patienten mit akuten Beschwerden

„War die Wartezeit für diesen Termin zu lang?“

		Patienten mit akuten Beschwerden und ... Wartezeit				
		1 Tag	2 bis 7 Tage	8 bis 14 Tage	2 bis 4 Wochen	mehr als 4 Wochen
GKV						
[N]	829	66	216	117	91	106
ja	33,5%	12,1%	19,4%	41,9%	68,1%	73,6%
PKV						
[N]	430	55	139	52	20	12
ja	14,7%	7,3%	11,5%	28,8%	60,0%	50,0%

Gesetzlich Versicherte sind deutlich unzufriedener mit der Vergabe von Arztterminen. 33,5 Prozent empfanden die Wartezeit als zu lang. Bei den privat Versicherten sind es nur 14,7 Prozent.

Quelle: WidO-monitor 2006



sicherte hat die Wartezeit für seinen Termin als zu lang empfunden (33,5 Prozent) – bei PKV-Patienten sind es nur 14,7 Prozent. Die Unzufriedenheit wächst mit der Dauer der Wartezeit bei den Versicherten beider Gruppen kontinuierlich an. Bei gesetzlich Versicherten ist die Unzufriedenheit allerdings wesentlich massiver ausgeprägt.

Noch deutlicher sind die Unterschiede in Ostdeutschland: Hier klagten fast 40 Prozent der gesetzlich Versicherten mit akuten Beschwerden über zu lange Wartezeiten, aber nur jeder siebte Privatversicherte (GKV: 39,7 Prozent; PKV: 13,3 Prozent).

3 Fazit

Von den Ankündigungen der Großen Koalition, im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform für einen „fairen Wettbewerb“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu sorgen, ist im Entwurf zum Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht viel übrig geblieben. Dies ist umso bedenklicher, weil damit nicht nur einseitige Finanzierungslasten zum Nachteil der GKV-Versicherten verbunden sind, und die GKV-Finanzierung von Stabilität oder gar Nachhaltigkeit unverändert weit entfernt bleibt. Die Aufrechterhaltung eines segmentierten Krankenversicherungsmarktes mit getrennten Systemen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung steht auch auf der Versorgungsseite in erkennbarem Widerspruch zu den Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitssystems, indem PKV-Versicherte einen bevorzugten Zugang zu (Vertrags-)Ärzten erhalten. Bedenklich ist, dass dies insbesondere auch im Fall von akuten Beschwerden der Versicherten gilt. Dass diese Erfahrung von den Betroffenen negativ empfunden wird, kann kaum überraschen. Die Politik muss sich fragen lassen, warum sie sich weiterhin über die Interessen des überwiegenden Teils der Bevölkerung hinwegsetzt und Privilegien für Minderheiten aufrecht erhält.



**Klaus Zok, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Telefon: 0228 843-134
E-Mail: klaus.zok@wido.bv.aok.de**

4 Literatur / Quellen

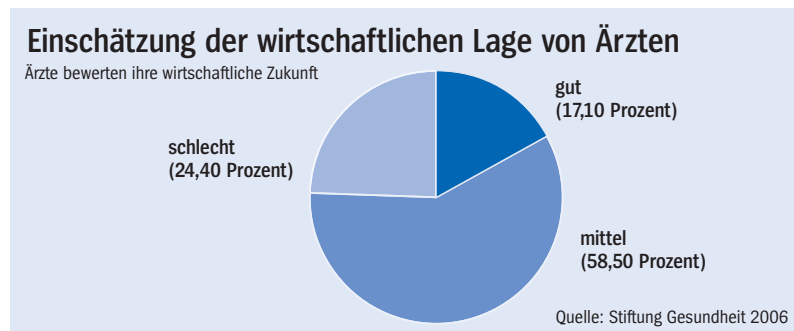
- Güther, B./Potthof, P. Wartezeiten für die fachärztliche Behandlung – Hinweise auf regionale Über- oder Unterversorgung? In: Böcken, J./Braun, B./Schnee, M. (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Bielefeld 2003*; 12–25
- Jacobs, K./Klauber, J./Leinert, J. (Hrsg.). *Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn 2006*
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)/Forschungsgruppe Wahlen (FGW). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Mannheim 2006*
- Klöse, J./Uhlemann, T. Fehlallokation in der vertragsärztlichen Versorgung. Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung. In: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 2006*; 6 (3): 7–17
- Längen, M./Potthoff, P./Wendland, G. et al. Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Morbidität zwischen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Privaten Krankenversicherung. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik 2005*; Heft 3–4: 25–30
- Robert Koch-Institut. *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: RKI 2005*

VORSCHAU 2/07

Das Thema für den nächsten WidO-monitor stand bei Redaktionsschluss der aktuellen Ausgabe noch nicht fest.

Umfrage Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit

Die meisten Ärzte sind mit ihrer wirtschaftlichen Lage zufrieden. 17,1 Prozent der befragten Ärzte schätzen ihre wirtschaftliche Situation als „gut“ ein; lediglich 24,4 Prozent dagegen als schlecht. Das zeigt der Medizinklima-Index Herbst 2006 der Stiftung Gesundheit. Im Rahmen der repräsentativen



Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ wurden die niedergelassenen Ärzte unter anderem nach ihrer Einschätzung der wirtschaftlichen Lage gefragt. Die Online-Umfrage wurde im Auftrag der Stiftung Gesundheit von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH (GGMA) durchgeführt. ■

Forschungsprojekt Neue Patienten – neue Ärzte?

Welchem Arzt gehört die Zukunft? Dieser Frage ging das Zukunftsforum Gesundheitspolitik (Zufog) der Universität Passau nach. Mit einer Umfrage unter 700 niedergelassenen Ärzten ermittelten die Forscher verschiedene voneinander signifikant unterschiedliche Ärztetypen. Während der patientenorientierte Traditionalist gegenüber der staatlichen Regulierung des Gesundheitssystems aufgeschlossen ist, nimmt der Arzt, der sich als Dienstleister versteht, seine Patienten als Kunden wahr und ist gleichzeitig offen für Wettbewerb. Mittels eines Bogens, der 127 Fragen umfasste, konnten Haus- und Fachärzte zu den Themen ärztliches Selbstverständnis, Patientenverständnis, Arzt-Patienten-Verhältnis und institutionelle Rahmenbedingungen Stellung nehmen. Die Ergebnisse zeigen: Für 90 Prozent der Ärzte hat sich seit 2004 die Rolle des Arztes grundlegend geändert. 84 Prozent der Mediziner stimmten gleichzeitig der Aussage zu, dass sich auch der Patient entscheidend verändert habe. Bei der Befragung wurden auch wesentliche Unterschiede zwischen Ärzten aus den alten und neuen Bundesländern deutlich. Während in den neuen Bundesländern eine eher traditionalistische und idealistische Grundhaltung sowohl hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit als auch der Bedürfnisse der Patienten vorherrscht, wenden sich die Ärzte in den alten Bundesländern eher den Wettbewerbsanforderungen im Gesundheitssystem zu, bieten individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) an und sehen sich verstärkt als Dienstleister.

Weitere Informationen: <http://www.zufog.de> ■